Stanford University Libraries
MAY
13
1904

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Beiträge
zur
Casuistik seltener Lipome.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Scheidtmann,

approb. Arzt aus Dahlhausen (Westfalen).

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Beiträge

zur

Casuistik seltener Lipome.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Scheidtmann,

approb. Arzt aus Dahlhausen (Westfalen).

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

No. 26.

Rektoratsjahr 1903/1904.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Fischer,**
z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0044

Die Lehre von dem Lipom kann wohl im Allgemeinen, dank der Einfachheit der Structurverhältnisse und der ungemeinen Regelmässigkeit in dem klinischen Verhalten dieser typischen Geschwulstform, zu den bestgekannten Kapiteln der chirurgischen Onkologie gezählt werden. Der wesentliche Bestandteil des Lipoms wird durch das Fettgewebe gebildet, das in grosser Verbreitung im Körper vorkommt, namentlich unter der Haut, aber auch unter der Serosa verschiedener Organe, so des Herzens, Herzbeutels, der Pleura, des Bauchfells u. s. w.; und somit kann das Vorkommen der Lipome an all' diesen Organen erklärt werden.

Was den grobanatomischen Charakter des Lipoms betrifft, so stellt sich dasselbe meist als eine gefässarme, ausgesprochen lappig gebaute Geschwulst dar. Wie eine Traube aus einzelnen Beeren, so ist das Lipom zusammengesetzt aus Fettknollen, die durch lockeres Zellgewebe getrennt, bis Apfelgrösse erreichen können. Viel seltener stellt die Geschwulst eine gleichmässig kugelige Masse dar. Die Neubildung ist in den meisten Fällen gegen ihre Umgebung scharf abgesondert, durch eine deutliche fibröse Kapsel abgegrenzt, welche oft wieder mit der Umgebung durch lockeres Bindegewebe zusammenhängt, sodass die Geschwulst leicht verschiebbar und auch bei der Operation leicht auszuschälen ist. Viel seltener sind jene Lipome, welche sich nach Art traubiger oder plexiformer Massen mehr diffus zwischen die Nachbargewebe einschieben. Die Consistenz des Lipoms zeigt nicht selten infolge der Spannung der Kapsel durch die eingeschlossenen Fettmassen für die

äussere Untersuchung eine gewisse Festigkeit, zuweilen auch, wenn das eingeschlossene Fett sehr flüssig ist, deutliche Fluctuation. Auf der Schnittfläche ist entsprechend dem Charakter des Fettgewebes die Consistenz eine weiche, abgesehen von jenen Fällen, wo eine reichlichere Entwicklung des fibrösen Stromas stattgefunden hat. Die Grösse der Geschwulst ist eine sehr verschiedenartige, man beobachtet Lipome von der Grösse einer Erbse bis zu kolossalen 40 bis 50 Pfund schweren Geschwülsten. Das grobe Aussehen der Lipome ist so charakteristisch, die Ähnlichkeit mit dem normalen Gewebe tritt so deutlich hervor, dass es in der Regel für die Diagnose keiner histologischen Untersuchung bedarf. Der mikroskopische Charakter des Lipoms zeigt gleichfalls einen traubigen Bau. Auf einem Stiele, der die spärlichen Gefässe enthält, sitzen beerenartig die Fettträubchen. Die Fettzellen des Lipoms fallen jedoch durch ihre bedeutende Grösse auf, welche die physiologischen Fettzellen selbst um das drei- bis vierfache übertreffen.

So einfach sich nun die Fettgeschwülste sowohl in ihrem klinischen, als auch histologischen Verhalten darstellen, so hat doch die wissenschaftliche Forschung das Dunkel, das auch auf diesem Gebiete der Onkologie herrscht, noch nicht voll erhellen können.

Was die Lokalisation der Lipome anbetrifft, so finden sich diese Geschwülste nach Virchow (Onkologie I, 347) hauptsächlich an solchen Stellen, wo das Fett am lockersten ist, namentlich, wo die Haut sehr schlaff ist, z. B. an dem Umfange der Achsel, Schulter, Gesäss und Oberschenkel. Je straffer die Haut, desto mehr hindert ihr Druck die Entstehung des Lipoms. Daraus erklärt sich nach demselben Autor die ausserordentliche Seltenheit des Vorkommens der Fettgeschwulst an der Hohlhand, Fusssohle und Kopfschwarte.

Nach der Cohnheimschen Theorie (Cohnheim, Vorlesungen über Pathologie, 1877) ist jede Geschwulst, also auch das Lipom, ein Fehler der embryonalen Anlage, in der die eigentliche Ursache der späteren Geschwulstbildung zu suchen sei. Grosch hat in der Deutschen Zeitschrift

für Chirurgie, Band 26, ein Manuscript veröffentlicht, worin er bei Untersuchung der Lipome zu ganz neuen und bemerkenswerten Gesichtspunkten gelangt, welche diese scheinbar so einfachen Geschwülste in ganz anderem Lichte erscheinen lassen. Als den Hauptgesichtspunkt der Groschschen Untersuchungen kann man die örtliche Disposition bezeichnen, welche hier viel naturgemässer entwickelt wird, als in der Cohnheimschen Lehre, welche für jede Geschwulst hypothetische und durchaus mystische Keime annimmt, die noch Niemand gesehen hat, eine praeformierte, embryonale Anlage. Grosch zeigt, wie es von bestimmten anatomischen Einrichtungen und Structurverhältnissen abhängt, warum bestimmte Geschwülste an bestimmten Gegenden des Körpers zur Entwicklung gelangen. Nach eingehenden Studien über die Vorliebe des Lipoms für gewisse Körpergegenden kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: „Die Lokalisation der Lipome befindet sich in einem ganz bestimmten Abhängigkeitsverhältnis von den in das Gewebe der Haut eingebetteten drüsigen Organen der Talg- und Schweissdrüsen, und zwar wird die Lokalisation der Lipome bestimmt nach dem relativen Drüsengehalt der verschiedenen Hautgebiete, in denen die Disposition zur Geschwulstbildung in einem umgekehrten Verhältnisse zum Drüsenreichtum steht.“ Die Menge der Talgdrüsen, welche Attribute des Haarbalges sind, wird man nach der Art und Stärke der Behaarung schätzen. Die Schweissdrüsen, welche nach Meissners Ansicht, die lebhaft von Unna unterstützt wird, hauptsächlich Fett absondern, sind hauptsächlich auf die Hohlhand, Fusssohle, die Streckseiten der Extremitäten, die Gelenkbeugen, das Gesicht, mehr auf Brust und Bauch als auf dem Rücken und den Schultern verteilt. Da nun die Talg- und Schweissdrüsen neben den Zerfallsprodukten des Stoffwechsels auch noch Fette und deren Derivate hervorbringen, so ist die Drüsensecretion für die Anordnung des gesamten Fettpolsters von Wichtigkeit. Wenn dasselbe bei Fettleibigkeit anschwillt, so wird jedenfalls seine Massenzunahme an denjenigen drüsenarmen Stellen am stärksten sein, wo weniger Fett auf dem Wege der Secretion

auf die Oberfläche der Haut abgeführt wird, als an den drüsenreichen Partien, die einen grösseren Bruchteil der mit dem Blute zugeführten Fette für sich beanspruchen. Dieser Voraussetzung entspricht in der That das Fettpolster bei Fettsüchtigen, und die Statistiken bestätigen das häufige Vorkommen der Lipome an diesen Stellen des Körpers. Die noch von einigen Lehrbüchern angegebene Ansicht, dass die Lipome hauptsächlich da vorkommen, wo reichliches Fettpolster physiologisch praeformiert ist, ist also nicht richtig. Der statistische Befund beweist, dass in der Axilla, Nates, Bauchwand, Oberschenkel, Corpus adiposum malae sehr selten Lipome vorkommen, gegenüber den weniger fettreichen Gegenden des Rückens und Halses. Aus der nachfolgenden, von Grosch zusammengestellten Tabelle ist zu ersehen, wie die Lipome über die gesamte Körperoberfläche verteilt sind:

Behaarter Kopf	1	Lipom	in	398	Fällen	= 0,25 %
Stirn	6	Lipome	„	398	„	= 1,5 „
Kopf und Stirn	13	„	„	685	„	= 1,9 „
Gesicht	13	„	„	685	„	= 1,9 „
Hals	51	„	„	716	„	= 7,12 „
Nacken	56	„	„	687	„	= 8,15 „
Brust	39	„	„	631	„	= 6,18 „
Bauch	15	„	„	631	„	= 2,37 „
Mons veneris	3	„	„	631	„	= 0,47 „
Labia mayora	12	„	„	716	„	= 1,67 „
Scrotum	2	„	„	716	„	= 0,28 „
Damm	3	„	„	429	„	= 0,70 „
Rücken	148	„	„	687	„	= 21,54 „
Schultern	50	„	„	631	„	= 7,92 „
Achselhöhle	13	„	„	716	„	= 1,87 „
Oberarm	93	„	„	685	„	= 13,57 „
Ellenbeuge	2	„	„	600	„	= 0,33 „
Vorderarm	8	„	„	600	„	= 1,33 „
Hand	8	„	„	600	„	= 1,33 „
Finger	3	„	„	600	„	= 0,5 „
Hüfte	11	„	„	716	„	= 1,53 „
Gesäss	18	„	„	429	„	= 4,19 „

Leistenbeuge	3	Lipome	in	716	Fällen	=	0,42 %
Oberschenkel	47	„	„	685	„	=	6,86 „
Kniekehle	2	„	„	685	„	=	0,29 „
Unterschenkel	5	„	„	685	„	=	0,73 „
Fuss	3	„	„	685	„	=	0,43 „

Es scheinen also die für gewöhnlich fettreichen Körperregionen nicht die grösste Disposition zur Lipombildung zu besitzen. Wenn man die einzelnen Zahlenwerte obiger Tabelle mit einander vergleicht, so ergiebt sich, allerdings bleibt dabei die Verschiedenheit der Grössenverhältnisse der Körperregionen unberücksichtigt, — dass der Rücken am häufigsten von den Lipomen eingenommen wird, und dass demnächst Oberarm, Nacken, Schulter und Hals am stärksten damit belastet sind. Ähnliche Resultate ergiebt auch die von Henningsen angeführte Statistik, wonach ebenfalls die vorhin erwähnten Körperregionen am meisten von Lipomen befallen sind.

Jedoch nicht nur im Unterhautzellgewebe, sondern auch an den inneren Organen des menschlichen Körpers werden Lipombildungen beobachtet; so werden an den serösen Häuten Lipome nicht selten gefunden. Hierher gehören die polypenartigen Fettgeschwülste am Peritoneum, dem Pericardium, der Pleura, ebenso kommen an den Synovialhäuten Fettgeschwülste vor, welche in die Gelenkhöhle oder in die Schleimbeutel hineinwuchern können. Sehr umfangreiche subseröse Lipome entwickeln sich zuweilen in der Bauchhöhle; die vom retroperitonealen Bindegewebe ausgehenden Lipome bilden häufig grosse, gelappte Tumoren, sie zählen zu den grössten Geschwülsten des Körpers. So beschreibt Waldeyer einen Tumor, der 31,5 kg, Cooper-Forsters einen, der 28 kg, Péan und Terrillon je einen solchen, der 25 kg wog. Mouvel beschreibt ein 6000 gr schweres subcapsulares Lipom der Niere. Von der Submucosa mancher Schleimhäute, speciell des Magens und des Darms, können ebenfalls Lipomentwicklungen ausgehen, indem diese Geschwülste die Schleimhäute ausstülpen, entstehen gestielte Polypen; sie kommen namentlich im Jejunum und im Colon vor und bilden mitunter recht erhebliche Geschwülste, welche

die Veranlassung von Invaginationen des Darmrohres werden können.

Was nun die Aetiologie der Lipome betrifft, so wissen wir, dass sie einmal angeboren vorkommen und zweitens als ein ererbtes Leiden im späteren Leben auftreten können. Aber sowohl die congenitale Form als auch die Fälle von ausgesprochener Heredität sind nach Grosch jedenfalls selten. Als praedisponierende Momente für die Entstehung der Lipome werden Alter, Lebensweise und Geschlecht genannt. Hinsichtlich des Alters sagt Virchow: „Das Lipom ist recht eigentlich eine Geschwulst der mittleren und höheren Altersklassen.“ Betrachten wir die Statistik von Henningsen, so ergiebt diese, dass von 109 mit Lipom behafteten Patienten 81 in einem Alter von 30—60 Jahren und darüber standen. Ebenso hat Krause unter 83 Fällen, welche er veröffentlicht, hinsichtlich des Alters folgendes Ergebnis:

2 Patienten im Alter bis zu 10 Jahren,
1 „ „ „ „ von 10—20 Jahren,
10 „ „ „ „ „ 20—30 „
12 „ „ „ „ „ 30—40 „
14 „ „ „ „ „ 40—50 „

20 Patienten, welche das 50. Lebensjahr schon überschritten hatten. Schon diese wenigen Daten deuten darauf hin, dass das Lipom mehr im Alter vorkommmt, dass es nur selten congenital, von den meisten erst später acquiriert ist. Weiter bemerkt Virchow: „Die Disposition zur Lipombildung kann erworben sein durch den Einfluss der Nahrung und zwar nicht nur durch den Einfluss einer sehr fettreichen Nahrung, sondern auch durch den Genuss des Bieres und Branntweines.

Grosch hat den Umstand, dass wir dem Lipom so häufig im vorgerückten Alter begegnen, auf die demselben eigentümliche gemächtlichere Lebensweise zurückgeführt. Dieser letzteren und der damit zugleich verbundenen stärkeren Fettentwicklung überhaupt, ist auch das häufigere Vorkommen der Lipome bei Frauen, als bei Männern zuzuschreiben. Nach Grosch's Statistik, die 665 Fälle von

solitärem Lipom umfasst, kommen nur 254 auf männliche und 411 auf weibliche Individuen.

Nach Gurlt: 191 Frauen auf 137 Männer,
nach Henningsen: 67 „ „ 42 „
und nach v. Winiwarter sogar: 2 Frauen auf 1 Mann. Das weibliche Geschlecht ist demnach ungefähr doppelt so stark mit Lipom belastet als das männliche. Dieses gilt jedoch nur für die solitären Lipome, denn Madelung macht in seiner Arbeit über die diffusen Lipombildungen am Halse, — er erwähnt 30 Fälle aus der Litteratur, denen er 3 selbstbeobachtete hinzufügt, — ausdrücklich darauf aufmerksam, dass sämtliche bisher bekannt gewordenen Fälle von „Fetthals", Patienten männlichen Geschlechts betreffen. Weshalb gerade letzteres von der erwähnten Neubildung am Halse bevorzugt wird, ist uns unbekannt. Man hat auch hier den chronischen Alkoholismus als ursächliches Moment angeführt, ob aber mit Recht, das dürfte noch dahinstehen.

Dass Lipome vererbungsfähig sind, wie überhaupt allgemeine Fettsucht erblich ist, ist in einzelnen Fällen unzweifelhaft constatiert. Ich erinnere hier an die Fälle von Muchison (Edinb. med. Journ. 1857), welcher von einer Familie berichtet, wo der Vater und zwei Töchter an nahezu entsprechenden Teilen der Arme Lipome hatten. Bei der einen Tochter war das eine Lipom vom 16., bei der anderen vom 20. Lebensjahre bemerkt worden. Ebenso teilt Ch. Feré (Revue de chir. 1900) drei Fälle von symetrischen Lipomen in der Gegend des Fussgewölbes mit bei Damen, die nahe verwandt waren, zwei waren Schwestern, die dritte deren Cousine. In einem Falle von Athol Johnson (British med. Jour. 1857) fand sich unter dem Bilde einer Spina bifida bei einem neugeborenen Kinde am Rücken ein Lipom, welches durch ein Loch im Kreuzbein bis auf die Dura mater reichte. Der Vater des Kindes hatte an derselben Stelle des Rückens ein Lipom gehabt. Für die Erblichkeit der Disposition von multiplen Lipomen ist auch eine Beobachtung von Blaschko von Interesse, der bei den männlichen Angehörigen einer Familie eine in der Puber-

tätszeit entsprechende Entwicklung von Fettgeschwülsten an zahlreichen Körperstellen nachwies, während die weiblichen Familienmitglieder in auf- und absteigender Linie frei von Lipombildung blieben. Ein weiteres aetiologisches Moment, nach Cruveilhier sogar das Hauptmoment, bietet das Trauma. Die traumatische Aetiologie hat in der That etwas Bestechendes an sich. Denn nichts entspricht dem Bedürfnis unseres Verstandes nach einem einfachen und durchsichtigen Causalverhältnisse in dem Grade, wie die Annahme, dass der Organismus auf einen Reiz, mag derselbe nun chemischer, thermischer oder mechanischer Natur sein, an der afficierten Stelle mit dem Produkte einer lokalen Gewebsiritation in Form eines Neoplasma reagiert. Man hat bei Lastträgern, Müllern, Fleischern, Zimmerleuten und anderen Gewerbetreibenden, welche bestimmte Körperstellen, besonders Schulter und Rücken, einem anhaltenden Drucke auszusetzen genötigt sind, ebendaselbst das Auftreten von Lipomen beobachtet. Man könnte wohl in diesem Falle die Lipome ebenso eine Gewerbekrankheit nennen, wie man die accidentellen Schleimbeutel der Kohlengrubenarbeiter am Ellenbogen (the miners elbow), das praepatellare Hygrom der Hausmägde (the housemaids knee) und den Exercierknochen der Soldaten (Myositis ossificans) eine Gewerbekrankheit genannt hat. Gegen die Ansicht Cruveilhier's, der alle Lipome auf Trauma zurückführt, spricht jedoch einmal, dass die traumatischen Schädlichkeiten aller Art am meisten exponierten Körperteilen, nämlich die Gliedmassen, nicht zu den Lieblingssitzen des Lipoms gehören, sodann, dass das männliche Geschlecht dem Trauma in höherem Grade ausgesetzt ist, als das weibliche, trotzdem aber letzteres viel häufiger von der betreffenden Neubildung befallen wird als ersteres. Cohnheim steht der traumatischen Aetiologie ablehnend gegenüber, legt ihr höchstens die Bedeutung einer Gelegenheitsursache bei, die jedoch wiederum den „verirrten Keim" treffen muss, um ein Lipom hervorzubringen, während Virchow im Trauma einen Reiz sieht, der zur Proliferation von Zellen und damit zur Geschwulst führen kann.

Was nun das Wachstum des Lipoms betrifft, so ist

dies ein allmähliches, und für die meisten Fälle findet es in der Weise statt, dass die Neubildung durch Vermehrung ihrer eigenen Elemente zunimmt und also nach aussen abgeschlossen bleibt. Da nun das Lipom durchaus keine Neigung hat, sich metastatisch zu verbreiten, sei es nun durch Vermittelung der Lymphbahnen oder der Blutgefässe, so muss dasselbe den durchaus gutartigen Geschwülsten zugerechnet werden. Trotz der Grösse, die es zuweilen erreichen kann, pflegt das Lipom die Ernährung des Trägers nicht wesentlich zu beeinträchtigen, was einerseits durch ein langsames Wachstum, anderseits durch die Natur seines Gewebes erklärt ist. Es kommt somit für die klinische Würdigung dieser Geschwulst mehr die Entstehung und Belästigung des Trägers und die Möglichkeit gefährlicher entzündlicher Veränderungen in Betracht.

Hinsichtlich der Beseitigung solcher Beschwerden ist man lediglich auf chirurgische Eingriffe hingewiesen; sie erreichen in diesem Falle ihren Zweck vollkommen, da nach Ausrottung der meist leicht zu umgrenzenden Geschwulst Rückfälle nicht eintreten.

Nach diesen Ausführungen über Lipome sei es mir nun gestattet, im Folgenden die auf der chirurgischen Klinik in Kiel während der Jahre 1899—1902 zur Beobachtung gekommenen Fälle von seltenen Lipomen anzuführen, deren Veröffentlichung mir durch die Güte des Herrn Geheimrats Prof. Dr. Helferich überlassen worden ist. Ich lasse die Krankengeschichten der Operierten folgen.

1. Fall.

Lipom im linken Kniegelenk. J.-Nr. 1051, 1899. Der 23 Jahre alte Zimmermann H. L. aus Wellingdorf wollte am 27. October zugleich mit anderen Arbeitern einen schweren, eisernen Wasserbehälter fortschaffen und umkanten. Dieselben vermochten beim Umkanten den Behälter nicht zu halten, er fiel zurück und schlug dem Patienten gegen die Aussenseite des linken Knies. Patient fiel zu Boden und konnte sich selbst nicht mehr aufrichten. Die Aussenseite

der linken Kniegegend zeigte kleine Wunden, Schmerzen verspürte er namentlich auf der Innenseite der Kniegegend, am medialen Rande der Patella. Erleichterung hatte Patient, wenn er auf der linken Seite lag, das Knie in halber Flexionsstellung. Der hinzugerufene Arzt legte den ersten Verband an und liess ihn nach seiner Wohnung bringen. Am nächsten Tage glaubte Pat. Knacken im Kniegelenk bei Bewegungen des Beines (Pronation) zu bemerken und wünschte daher in die chirurgische Klinik gebracht zu werden. Im Jahre 1895 erlitt Patient einen Schädelbruch, wurde deswegen im Krankenhaus zu Duisburg behandelt. Seinem Beruf als Zimmermann konnte er später nicht wieder nachgehen, da Schwindelanfälle zurückgeblieben sind. Sonst will Patient nie krank gewesen sein.

Status praesens: 28. X. 1899. Kleiner, untersetzter, kräftiger Mann von gutem Ernährungszustande und gut entwickelter Muskulatur. An beiden Oberarmen, am rechten Unterarm verschiedene Narben, im übrigen Haut und Schleimhäute normal.

Innere Organe: Lungenschall rechts oben etwas kürzer als links, rechts hinten unten Dämpfung mit abgeschwächtem Stimmfremitus. Herz ohne besonderen Befund. — Linke Kniegelenksgegend sehr stark geschwollen, an der Aussenseite 2 thalergrosse Hautabschürfungen, Conturen verstrichen. Recessus suprapatellaris sehr deutlich, Kniegelenkgegend namentlich nach innen von der Patella sehr druckempfindlich. Im Kniegelenk ist deutliche Fluctuation zu fühlen, Patella tanzt, Kniegelenkgegend stark vorgewölbt, eine von aussen oben nach innen unten verlaufende fluctuirende Schwellung, Druck auf diesen Tumor vermehrt die Spannung im Gelenk. Bei Streckung wird die Geschwulst in der Kniekehle grösser und praller.

Am 6. 11. Hautschürfungen bis auf eine kleine Erosion geheilt. Man fühlt an der Innenseite des Kniegelenks weiches Crepitieren und einen abnorm beweglichen kleinen Körper. Comprimierender Verband.

Am 11. 11. Der Erguss im linken Kniegelenk besteht nur noch im mässigen Grade.

Am 17. 11. Man fühlt einen kleinen Fremdkörper in dem linken Kniegelenk innen von der Patella, welcher bei Bewegungen entschlüpft.

Am 18. 11. Es ist nicht gelungen, den Körper isoliert fest einzustellen, der Erguss ist etwas stärker. Operation in Chloroform-Narkose. Blutleere. Schnitt 10 cm lang an der Innenseite der Patella und Eröffnung des Gelenks. Es fliesst blutig seröse Synovia aus, der Knorpel ist weiss und glatt, die Kniegelenkkapsel stark gerötet, geschwollen und verdickt. Zwischen Patella und Femurcondylen liegt ein über 3 Markstück grosses, an einem Stiel sitzendes, sonst frei flottierendes Lipom, welches platt und flach ist. Exstirpation desselben aus der sichtbar verdickten Kapsel. Catgutnaht der Kapsel, Zwirnnaht der Haut, unterer Wundrand bleibt offen; trockener aseptischer Verband, später Massage und passive Bewegungen.

23. 11. Wunde vollkommen verheilt, Patient in die ambulante Behandlung entlassen. Übungen im medico-mechanischen Institut.

2. Fall.

Lipom unter dem linken Lig. patellae. J.-Nr. 769. 1900. Max K., Schiffszimmermann aus Gaarden, empfand vor 4 Wochen Schmerzen im linken Bein, gleichzeitig stellte sich Schwellung im Kniegelenk ein mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit. Patient wurde 3 Wochen lang bei Hochlagerung des Beines massiert und erhielt eine elastische Binde um das Knie. Er konnte dann die Arbeit wieder aufnehmen. Kurz darauf stellte sich jedoch eine Wiederholung der Symptome in verstärktem Masse ein, und Patient begab sich deshalb in die hiesige Klinik, in welcher er schon vom 8. Januar bis zum 28. Febr. 1899 wegen Erguss in's linke Kniegelenk in Behandlung war.

Status praesens. Am 20. VIII. 1900.

Kräftig gebauter, musculöser Mann. Beugung im linken Knie nur bis zu einem stumpfen Winkel möglich und sehr schmerzhaft. Streckung fast frei, im Gelenk ist

kein Erguss; man fühlt unter dem linken Ligamentum patellae eine weiche, verschiebliche Geschwulst, welche nicht druckempfindlich ist, es bestehen keine Entzündungserscheinungen.

Am 22. VIII. Operation in Chloroform-Narkose. Blutleere; es wird ein bogenförmiger Schnitt um die Aussenseite des Lig. patellae gemacht, beim Zurückklappen des Ligaments werden unter demselben lipomatöse Wucherungen sichtbar, welche nach der tuberositas tibiae hin abgekapselt sind und sich schön freipraeparieren lassen. Nach dem Kniegelenkspalt zu gehen die lipomatösen Wucherungen direct in die ännserst dünne Gelenkkapsel über, sodass dieselbe mehrfach angeschnitten und das Gelenk dadurch eröffnet wird; die lipomatösen Wucherungen werden alsdann in gut Taubenei- bis Kleinhühnereigrösse exstirpiert, die Kapsel durch Catgutnaht geschlossen, darauf Hautnaht mit Zwirn unter Freilassung einer kleinen Stelle.

Am 25. VIII. Es finden sich keine entzündliche Erscheinungen, die Wunde ist in guter Heilung begriffen, daher wieder steriler Verband mit Schiene.

Am 30. VIII. Entfernung der Nähte, Heilung per primam, Knie leicht geschwollen.

Am 7. IX. Unter Hochlagerung ist die Schwellung des Knies geschwunden.

Am 14. IX. Patient wird entlassen, soll aber im medicomechanischen Institut weiter behandelt werden.

3. Fall.

Lipom der Bauchdecke mit darunter sich befindender Hernia epigastrica.

J.-Nr. 294. 1901. Die 43jährige Frau S. P. aus Seth bei Segeberg ist stets gesund gewesen und hat 4 gesunde Kinder. Als wallnusgrossen Tumor bemerkte sie vor 17 Jahren links vom Nabel eine weiche Schwellung, die allmählich wuchs. Beschwerden waren gering, nur zuweilen hatte sie Kreuzschmerzen und Stuhlverstopfung.

Status praesens: 1. V. 1901.

Hagere Frau, sonst gutes Aussehen.

Innere Organe nichts Abnormes.

Abdomen: In Nabelhöhle und links davon sieht man eine von gesunder Haut bedeckte über kindskopfgrosse Geschwulst, weich, leicht gelappt, beweglich und ziemlich breit aufsitzend. Nach Spannung der Bauchdecken lässt sich feststellen, dass dieselbe mit dem Abdomen nicht im Zusammenhang steht, darüber ist gedämpfter Schall. Beim Husten tritt keine Veränderung ein, der Tumor lässt sich abheben, und eine Continuitätstrennung der Musculatur darunter ist nicht nachzuweisen, es wird deshalb die Diagnose auf Lipom der Bauchdecken gestellt.

Am 2. V. Operation in Chloroform-Narkose.

Umschneidung des Tumors in seinen unteren Grenzen und Abpraeparieren von der Tasche. Nach Entfernung des Lipoms zeigt sich ein kleiner Bruchsack ohne Inhalt, derselbe wird reponiert und die Bruchpforte verschlossen durch drei Silberdrahtnähte, dann wird die ganze Wundfläche durch Catgutnaht verschlossen.

Am 13. V. Es besteht geringe Rötung der Stichkanäle, die Wunde ist reactionslos geheilt, die Nähte werden entfernt und ein Heftpflasterverband aufgelegt.

Am 23. V. Die Patientin wird geheilt entlassen, sie soll aber fürderhin eine Bauchbinde tragen.

4. Fall.

Lipom in der regio abdominalis lateralis sinistra. J.-No. 752. 1902.

Patient Fr. H., 73 Jahre alt, Rentier aus Neumünster, hat seit 20 Jahren ein kindskopfgrosses Lipom über der linken Fossa supraspinata. Seit 3—4 Wochen verspürte er stechende Schmerzen in der linken Seite, die allmählich an Heftigkeit zunahmen. Seit 4 Tagen will er an der schmerzhaften Stelle eine Geschwulst bemerkt haben. Früher hat er viele Krankheiten durchgemacht, so Lungenentzündung und Brustfellentzündung.

Status praesens: 28. VII. 1902.

Alter Mann von blassem Aussehen mit reichlichem Panniculus adiposus. Auf der Haut befinden sich zahlreiche kleine Angiome. Links über der Spina scapulae ist ein kindskopfgrosses nicht druckempfindliches Lipom, dessen Exstirpation nicht gewünscht wird. Links seitwärts unten am Thorax, im Bereich des Rippenbogens befindet sich eine gänseeigrosse druckempfindliche Geschwulst, von der nach vorn und hinten Schmerzen ausstrahlen, Fluctuation ist nicht vorhanden, die Geschwulst ist verschieblich, die Haut darüber ebenfalls und nicht verfärbt, es wird deshalb Lipom diagnosticiert.

Am 29. VII. Operation in Aetherrausch.

Querer Hautschnitt, sodann Herausschälung der Geschwulst, welche ein Lipom darstellt. Versenkte Catgutnaht, Hautzwirnnaht. Verband.

2. VIII. Patient fiebert etwas und ist ziemlich angegriffen. Puls setzt nach jedem 5. bis 10. Schlage aus, die Umgebung der Wunde ist gerötet und etwas teigig infiltriert. Entfernung der Nähte. In der Wunde ist kein Eiter, aber etwas missfarbenes Secret. Feuchter Verband.

6. VIII. Es besteht kein Fieber mehr, Patient fühlt sich besser, die Infiltration geht in der Umgebung der Wunde zurück.

Die Verwandten des Patienten geben an, dass er seit längerer Zeit Morphium genommen hat.

9. VIII. Abends leichte Temperatursteigerung. Viel eitrig-schleimiger Auswurf. Er bekommt Expectorantien und Campher.

11. VIII. Morgens plötzlich hohes Fieber, um 11 Uhr exitus letalis.

Die Section ergab: Eitrige Infiltration nach unten vorn an der Wunde im Unterhautzellgewebe. Bronchitis, etwas Bronchopneumonie, Lungenoedem, stark verwachsenes, schlaffes und fettig degeneriertes Herz. Mesarteritis chronica der Aorta und Pachymeningitis chronica haemorrhagica.

5. Fall.

Lipom der Regio cruralis dextra mit Hernia cruralis dextra. J.-No. 1249 1902.

L. D., 40 Jahre alt, Wächter auf der Kaiserlichen Werft Kiel-Ellerbeck, ist bisher stets gesund gewesen. Vor ca. 14 Tagen, als er ein Geleise passieren wollte, glitt er aus und fiel zu Boden. Er fühlte sofort schneidende Stiche in der rechten Leistengegend. Am Abend fühlte Patient an der schmerzhaften Stelle einen ungefähr taubeneigrossen Knoten; brachte er diesen durch Fingerdruck zurück, so empfand er keine Schmerzen mehr, trat aber die Geschwulst bei einer unvorsichtigen Bewegung wieder hervor, so traten auch die Schmerzen wieder ein. Patient hat nicht erbrochen, Stuhlgang ist nicht gestört Winde gehen ab. Als Patient bemerkte, dass die Geschwulst immer wiederkehrte, ging er zum Arzt, der ihn dann behufs Operation in die hiesige Klinik sandte.

Status praesens: 10. XI. 1902.

Gesund aussehender Mann, gut genährt, mit mässigem Fettpolster. Herz und Lunge ohne Besonderheiten. In der Gegend der Fossa ovalis dextra sieht man am Oberschenkel eine leichte, flache Anschwellung. Bei genauerer Palpation zeigt sich, dass diese Anschwellung aus mehreren kleinen, derben, etwa bohnengrossen Knötchen besteht. Bei Hustenstössen tritt an der Fossa ovalis ein kleiner, ziemlich derber Tumor hervor, welcher beim Nachlassen der Bauchpresse zurücktritt. Der rechte Annulus superficialis lässt die Fingerkuppe eindringen. Beim Husten fühlt man gegen den palpierenden Finger eine Darmschlinge andringen, die aber nicht heraustritt. In der linken Regio inguinalis sind ebenfalls kleine derbe Knötchen fühlbar, aber in geringerer Zahl als rechts. In der Fossa ovalis sinistra ist nichts zu fühlen, der linke Annulus superficialis ist sehr eng. Etwas lateral von der Fossa ovalis dextra ist ein verhältnismässig weicher Tumor sichtbar und fühlbar, der Pseudofluctuation ergiebt und über dem Hüftgelenk localisiert ist. Der Tumor scheint weit in die Tiefe zu reichen, und ist, wie die Percussion

ergiebt, vom Muskel bedeckt. Die Gefässe sind durch den Tumor deutlich abgehoben.

Am 13. XI. Operation in Chloroform-Narcose. Längsschnitt über den Tumor, Freilegung des äusseren Randes des musculus sartorius. Beim stumpfen Eingehen in die Tiefe gelangt man auf den Tumor, welcher sich als ein apfelgrosses Lipom erweist, dasselbe wird mitsamt der Kapsel möglichst stumpf isoliert, die Adhaesionen werden durchtrennt, der in der Tiefe liegende Stiel abgebunden. Nach Entfernung des Tumors ausgiebige Blutstillung, Muskelnaht, Verschluss der Höhle nach Einlegen eines Jodoformgazestreifens, welcher herausgeleitet wird. Hautnaht und steriler Verband.

14. XI. Patient hat Temperatursteigerung, daher Entfernung des Jodoformgazestreifens, es zeigt sich eine Retention sanguinolenten Serums. Einlegen eines Drainrohres. Verband.

16. XI. Entfernung des Verbandes, Secretion unbedeutend, steriler Verband.

26. XI. Wunde per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Patient klagt über Schmerzen im rechten Knie, kein Befund daselbst.

Am 15. XII. Operation in Chloroform-Narkose. Längsschnitt über dem rechten Annulus cruralis, Freilegung des Bruchsackes. Derselbe ist lipomatös verdickt und die Wände sind durch entzündliche Processe verklebt. Isolierung des Bruchsackes und Abschnürung des Bruchsackhalses mit Tabacksbeutelnaht. Nach Beiseitelagerung der Vena femoralis wird das Ligamentum Gimbernati mit dem Periost durch 2 Silbersuturen vereinigt. Die Rosenmüller'sche Drüse mit einer bohnengrossen Drüse am Bruchsackhalse werden exstirpiert. Naht des Unterhautzellgewebes, Hautnaht.

25. XII. Entfernung der Nähte, Wunde reactionslos geheilt. Heftpflasterverband.

30. XII. Patient wird geheilt entlassen.

Betrachtet man nun diese 5 Fälle von Lipombildung in Bezug auf ihre Localisation, so können sie nach der oben angeführten Statistik von Grosch zu den seltenen Lipomen

gerechnet werden. Was ihre Entstehungsursache betrifft, so ist sie in den ersten beiden Fällen ohne Zweifel auf das erlittene Trauma zurückzuführen. Ähnliche Fälle von Gelenklipomen sind auch aus der Litteratur bekannt. König führt ihre Entstehung häufig im Anschluss an traumatische Einrisse der Synovialis zurück, sodass hier ein Teil des retrosynovialen Fettgewebes in das Gelenk prolabiert. Dietrichs teilt 4 Fälle von Gelenklipomen aus Prof. Weljammar's Klinik und 27 aus der Litteratur mit und kommt zu nachstehender Schlussfolgerung: „Das Lipoma arborescens articulorum ist keine Krankheitsui generis, sondern bloss eine anatomische Form vieler verschiedener Grundleiden. Die Synovialmembran wird durch ein zufälliges Trauma auf tuberculoser, syphilitischer oder rheumatischer Basis zu vermehrtem Wachstum der physiologischen Zotten gereizt. Die in Folge der Gefässdilatation vermehrte Nahrungszufuhr und die lokale Stauung führen zur Ablagerung von Fett in den Zotten." Dass in unseren beiden Fällen Tuberculose, Syphilis oder Rheumatismus eine Rolle gespielt haben, ist nach der Anamnese und dem Befund nicht gut anzunehmen, ohne es jedoch zu verneinen. Bei Fall 3 besteht höchst wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen der Hernia epigastrica und dem Lipom. Es ist wahrscheinlich, dass das wachsende Lipom in der Tiefe mit dem Bauchfell verklebt war und infolge der Schwere ein steter Zug an demselben ausgeübt wurde, der secundär die Hernia herbeiführte. Fall 4 lässt die Entstehungsursache nicht erkennen. Ob auch bei Fall 5 das Lipom mit der Hernia cruralis in irgend einer Beziehung steht, ist nicht mit Sicherheit festzustellen, da Patient nicht anzugeben vermag, ob die Geschwulst schon vor dem Auftreten der Hernia bestanden hat oder nicht. Es wäre ja möglich, dass infolge des Sturzes, wonach die Hernia unmittelbar auftrat, auch ein starker Reiz in der Umgebung der Bruchpforte ausgeübt wurde, der dann zur Lipombildung geführt hat, da ja nach Virchow ein solcher Reiz zur Proliferation von Zellen und damit zur Geschwulst führen kann.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Helferich für die gütige Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Dr. Oertel für die bereitwillige Unterstützung bei der Anfertigung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur-Angabe.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXVI.

Grosch, Studien über das Lipom.

Virchow, Die krankhaften Geschwülste, Band I.

Eulenburg, Real-Encyclopaedie der gesamten Heilkunde, 13. Band.

H. Henningsen, Dissertation, Kiel 1888.

A. Ehm, Dissertation, Greifswald 1889.

Langenbeck's Archiv für Chirurgie. Band XXV. E. Gurlt, Beiträge zur chirurgischen Statistik, Band XXXVII. Madelung, Über diffuse Lipombildung am Halse.

K. Krause, Dissertation, Greifswald 1896.

H. Tillmanns, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie 1901.

Lebenslauf.

Als Sohn des Landwirts Wilhelm Scheidtmann wurde ich am 21. März 1874 zu Dahlhausen geboren, bin katholischer Confession. Bis zum Jahre 1888 besuchte ich die Elementarschule zu Linden, sodann die Gymnasien zu Essen und Meppen, welches ich Ostern 1898 mit dem Reifezeugnis verliess. Ich widmete mich dann dem Studium der Medicin zunächst in Würzburg und Kiel, wo ich am Schlusse des Wintersemesters 1900 meine ärztliche Vorprüfung bestand. Die folgenden Semester verbrachte ich in München, Berlin und Kiel und vollendete hier zu Ostern 1903 die ärztliche Staatsprüfung und das Examen rigorosum.